DE L'HYDROPISIE.

Juges du concours:

Professeurs de la Faculté.	MM. DUMERIL *président.*	
	FOUQUIER	
	CHOMEL	
	ANDRAL	
	CRUVEILHIER	
	P. DUBOIS	
	GERDY	
	TROUSSEAU	
	ROUX	*suppléants.*
	MARJOLIN	
Membres de l'Académie de Médecine.	ROCHE	*secrétaire.*
	RAYER	
	BAILLY	
	HONORÉ	
	BRICHETEAU	*suppléant.*

COMPÉTITEURS:

MM. BROUSSAIS (Casimir).
CAZENAVE.
DALMAS
DUBOIS (d'Amiens).
GENDRIN
GIBERT
GUILLOT
HOURMANN
LEGROUX
PIORRY
REQUIN
COMBETTE.

3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE.—1840.

DE L'HYDROPISIE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR E. COMBETTE,

DOCTEUR EN MÉDECINE, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

> Toute partie et même toute cause qui peut retarder le cours du sang ou de la lymphe, ou augmenter outre mesure la sécrétion de l'humeur par laquelle les cavités des corps sont lubrifiés, ou bien diminuer ensuite l'excrétion de cette humeur, est capable de donner naissance à cette maladie.
>
> MORGAGNI.—*Trente-huitième lettre*, *trad. de* DESORMEAUX.

PARIS

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE FÉLIX LOCQUIN ET Cie,
16, rue Notre-Dame-des-Victoires.

1840.

0 1 2 3 4 5 (cm)

DE L'HYDROPISIE.

Le mot hydropisie, *hydrops* des Latins, vient du grec, υδρωψ, de υδωρ, et ωψ, aspect, et signifie épanchement d'eau ou de sérosité; ce mot a conservé, depuis l'origine presque de la science médicale, sa signification primitive. Seulement on a donné des noms particuliers à certaines formes d'hydropisie; et c'est ainsi qu'on a nommé ascite, l'hydropisie du ventre; hydrothorax, l'hydropisie de poitrine; hydrocéphale, l'hydropisie intrà-cranienne; anasarque, l'hydropisie générale du tissu cellulaire sous-cutané, qui a été aussi appelée par les Latins *aqua inter cutem*, et qu'on a cherché à différencier de la leucophlegmasie dans des discussions oiseuses, et sans utilité aujourd'hui. On a introduit encore d'autres dénominations dans l'histoire des hydropisies, mais nous aurons occasion de les mentionner en parlant du siége de cet ordre d'affections.

Pour nous, nous conserverons au mot hydropisie son acception la plus large, la plus étendue. Ainsi, nous comprendrons sous cette dénomination toutes les congestions séreuses, quels que soient leur nature et leur siége, en ayant soin toutefois de les grouper en plusieurs ordres différents suivant la

nature de leurs causes. Nous ne saurions être à cet égard de l'avis de MM. Rayer et Littré qui pensent qu'on doit distraire les hydropisies enkystées de l'histoire de l'hydropisie en général, comme formant un ordre de maladies complètement en dehors des conditions qui donnent ordinairement naissance aux hydropisies non enkystées. Mais d'abord la sécrétion séreuse qui se fait dans l'intérieur d'un kyste n'a-t-elle pas la plus grande analogie avec celle qui se fait dans certaines cavités naturelles? Le liquide épanché n'est-il pas le plus souvent de la même nature? Certaines formes de tumeurs enkystées n'offrent-elles pas une analogie remarquable avec certaines hydropisies dans leur marche et leurs symptômes. Assurément la formation d'un kyste, d'un tissu accidentel nécessaire à leur développement, leur constitue un caractère propre qui les différencie des hydropisies ordinaires, mais qui ne suffit pas pour qu'on doive scinder l'histoire de ces deux formes d'une affection qui a pour caractère anatomique principal l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité; comme on n'a point séparé non plus dans l'histoire des tubercules ou d'autres produits morbides, ceux qui sont pourvus de kystes de ceux qui ne sont pas enkystées. Nous rattacherons également à l'histoire de l'hydropisie en général les congestions séreuses qui surviennent dans le cours ou à la suite de certaines phlegmasies; car bien qu'elles constituent un symptôme particulier à ces inflammations, ce sont bien des hydropisies formant, il est vrai, un groupe à part, mais se rapprochant beaucoup d'autres formes d'épanchements séreux survenant dans des conditions organiques qu'on pourrait presque considérer comme un premier degré d'inflammation, et que Dupuytren a désignés avec raison sous le nom d'irritations sécrétoires.

Historique.—Si, pour faire l'historique de l'hydropisie, nous voulions signaler tous les auteurs qui ont traité de ce sujet, et exposer leurs théories et leurs doctrines, il faudrait passer en revue presque tous les ouvrages bons ou mauvais qui ont été écrits en médecine depuis Hippocrate jusqu'à nous. Outre que cette érudition serait plus fastidieuse qu'utile à l'élucidation de notre sujet, elle nous forcerait à dépasser les limites que la nature de ce travail nous impose.

Plusieurs écrits d'Hippocrate font mention des hydropisies; c'est surtout dans l'observation des hydropisies particulières, de l'hydrothorax surtout, qu'on retrouve le cachet du génie du père de la médecine. D'ailleurs, il rapporte l'hydropisie au foie surtout et à la rate, et dans un cas, il mentionne une affection des lombes comme produisant l'hydropisie. A-t-il voulu par là indiquer les reins? M. Rayer le pense.

Erasistrate, fondateur de la célèbre école d'Alexandrie, ayant observé le foie altéré dans quelques hydropisies, les rapporte toutes aux maladies de cet organe. Aretée est moins exclusif et s'éloigne moins de l'observation d'Hippocrate.

Galien s'attache surtout à combattre la doctrine d'Erasistrate : il démontre avec raison qu'il y a des hydropisies sans altérations du foie, et qu'on trouve quelquefois le foie altéré sans hydropisies. Malgré cette observation judicieuse, Galien, trop imbu des idées dominantes de son époque, admet néanmoins que toutes les hydropisies ont leur cause dans une intempérie froide du foie, et que, lorsque cet organe n'offre pas d'altérations évidentes, il est néanmoins altéré secondairement; car, pour cet auteur et pour les médecins de son temps, toute hydropisie vient du sang : or, le foie était pour eux l'organe par excellence, où s'élaborait ce liquide.

Les doctrines de Galien se retrouvent dans Aëtius et Cœlius-

Aurélianus. Avicenne, quoique aussi dominé par ces doctrines, n'admet pas que toutes les hydropisies aient une nature froide; et sous ce rapport Alexandre de Tralles rejette aussi l'opinion exclusive de Galien.

Les auteurs de la renaissance ont peu fait pour l'histoire des hydropisies. On ne retrouve dans Fernel et Baillou que les idées déjà émises par Hippocrate et Galien.

Le 17e siècle fait au contraire époque dans l'histoire de l'hydropisie. Jusque là, on n'avait admis que d'une manière vague et sans démonstration que les hydropisies pouvaient dépendre d'une gêne dans le cours du sang; et Lower le prouve dans ses expériences consignées dans son fameux traité sur le cœur, publié en 1622; dans l'une, Lower lia la veine cave inférieure, et au bout de quelques heures, il vit se produire une ascite; dans l'autre, il lia les jugulaires et l'animal mourut ayant le tissu cellulaire de la face distendu par de la sérosité. Ces expériences furent donc le point de départ d'une doctrine aujourd'hui admise sans contestation, sur la pathogénie de certaines formes d'hydropisie.

A peu près vers la même époque, en 1650, la découverte de la circulation lymphatique par Olaüs Rudbeck et Th. Bartholin, ainsi que celle du système chylifère, en 1622, par Aselli, eurent une grande influence sur les doctrines qui s'établirent alors et depuis sur les causes des hydropisies, et soulevèrent de vives controverses sur le rôle que jouaient les veines ou les vaisseaux lymphatiques dans la production de ces maladies.

Willis se fondant et sur les expériences de Lower, et sur la découverte des vaisseaux lymphatiques, admet trois causes principales dans les hydropisies; 1° les unes sont produites par des obstacles au cours du sang veineux; 2° les autres viennent des obstructions des vaisseaux lymphatiques, ou de leur rup-

ture ; 3° et enfin il y a des hydropisies qui tiennent à la débilité générale.

Sydenham est surtout préoccupé dans sa doctrine de l'hydropisie, de l'état d'atonie des vaisseaux, et ses moyens thérapeutiques sont surtout appropriés pour combattre cette atonie. Monro, dans son *Essai sur l'hydropisie*, 1750, fait jouer aussi un rôle important à la débilité des parois des vaisseaux comme cause de l'hydropisie; mais rappelant les expériences de Lower, il reconnaît que les oblitérations des veines produisent souvent cette maladie, et il met en doute la part que les lymphatiques peuvent avoir dans cette étiologie.

Boerhaave, dans ses aphorismes, avec sa profonde sagacité, signale brièvement comme causes des hydropisies, d'abord, 1° les obstacles au cours du sang ; 2° les oblitérations des vaisseaux lymphatiques ; 3° la faiblesse, l'atonie générale des vaisseaux : ensuite il énumère diverses causes qui peuvent produire d'autres formes d'hydropisie, comme les lésions organiques de plusieurs viscères, les cachexies cancéreuses, scorbutiques, etc., la phthisie, la mauvaise alimentation, les fièvres intermittentes, etc. Mais son savant commentateur, Van-Swiéten, pour confirmer les doctrines de son maître, entre dans des détails qui sont trop curieux, et qui offrent trop d'importance à l'histoire de notre sujet pour que nous ne lui empruntions pas quelques citations. Après avoir rapporté les expériences de Lower comme preuve de l'influence de l'oblitération des veines dans la production de l'hydropisie (*Comment. in aphor. Boerh. Van-Swieten*, t. 4, p. 187), il cite l'observation suivante, tirée du traité de chirurgie de La Motte : « In cadavere puellæ octo annorum, quæ a collecta » in ventriculis cerebri aqua perierat soporosa, cum difficili » respiratione, inventa fuit et pectoris cavitas plena sero

» aquoso subrubello; in cerebro autem limpidissimus hu-
» mor reperiabatur, dum autem totum pectoris cavum libe-
» rasset a contento humore, invenit pulmones sanos; verum
» abcessus binos, et duos tumores duros, carnosos, ovum
» columbinum magnitudine æquantes, qui venam cavam des-
» cendentem compresserant; et procul dubio inde orta fuerat
» collectio seri aquosi, in capite et in pectore : » et il continue : « Sed et videmus toties in gravidis, si distentus premat
» venas iliacas, crura et femora tumore hydropico affici,
» quandoque et genitales partes vera anasarca turgere : simul
» ac post partum tollitur hæc venarum compressio, intra
» paucos dies sæpè evanescit omnis tumor. Hæc et similia
» plura, dum considerebant celebres medici, statuerunt ni-
» miæ corporis in hydrope intumescentiæ et separationis seri
» a sanguine, ejusque intra cavitates et interstitia stagnationis
» veram causam esse retardatum sanguinis, per venas maxi-
» me, transitum. » Et un peu plus bas : « Ex his intelligitur,
» cur quocumque obstaculo nato circa sinum venosum dex-
» trum, arteriam pulmonalem, vel in ipso pulmone, sic ut
» liber sanguinis transitus per hoc viscus impediatur, hydrops
» metuendus sit : binæ enim venæ cavæ se tunc libere evacuere
» nequeant : unde totius sanguinis venosi motus impeditur.
» Indè fit, ut toties miseri, qui polyposis concretionibus circà
» cor et majora vasa laborant, pereant hydropici. » Et plus loin encore : « Nec mirum est, veteres hepar male affectum
» accusare tanquam omnis hydropis causam, cum toties male
» affectum hoc viscus in hydropicorum cadaveribus invenia-
» tur, cava ascendens per hepar transeat, et vena portarum
» per totam hujus visceris substantiam distribuatur. Tumore
» enim quocumque in hepate nato, fieri potuerit impedi-
» mentum motui sanguinis venosi. »

Nous n'avons besoin d'accompagner ces citations d'aucune réflexion, pour que le lecteur comprenne de suite l'importance que nous leur donnons dans notre dissertation.

Cullen n'est pas moins précis dans l'influence qu'il accorde à l'oblitération des veines pour la production de l'hydropisie. Nous ne pouvons mieux faire que de citer cet auteur (Cullen, *Méd. prat.*, IIe vol., p. 545, trad. Bosquill.) : « L'exhalation naturelle peut être augmentée par différentes causes, et particulièrement par les obstacles qui gênent le retour du sang veineux qui se porte des derniers vaisseaux du corps au ventricule droit du cœur : ces obstacles semblent agir en s'opposant au passage libre du sang des artères dans les veines ; ils augmentent par conséquent la force avec laquelle les fluides contenus dans les artères sont poussés dans les vaisseaux exhalants, ce qui doit nécessairement augmenter aussi la quantité de fluide que laissent échapper ces derniers.

« Les obstacles qui s'opposent au retour du sang veineux, peuvent être dus à certaines circonstances qui gênent son cours : très souvent des affections particulières du ventricule droit du cœur même l'empêchent de recevoir de la veine cave la quantité de sang qu'il en reçoit dans l'état de santé ; ou des embarras des vaisseaux du poumon s'opposent à ce que le ventricule droit se vide entièrement, et l'empêchent par conséquent de recevoir de la veine cave la quantité ordinaire de sang. Ainsi on a vu un *polype* contenu dans le ventricule droit du cœur, l'ossification de ses valvules, et des embarras considérables et permanents des poumons, donner lieu à l'hydropisie. » Et quelques lignes au dessous on lit encore : « Non seulement ces causes peuvent, en interrompant d'une manière générale le mouvement du sang veineux, augmenter l'exhalation et produire l'hydropisie; mais les obstacles que le sang rencontre

dans les veines particulières, peuvent aussi être suivis des mêmes effets : l'exemple de ce genre le plus remarquable est celui où des obstructions considérables du foie empêchent le sang qui vient de la veine porte et de ses rameaux nombreux, d'y circuler librement; d'où il arrive que ces obstructions *sont une cause fréquente de l'hydropisie.* » Et un peu plus loin : « L'interruption du mouvement du sang dans les veines particulières produit un effet semblable, même dans les plus petites portions du système nerveux : ainsi un polype formé dans la cavité d'une veine, ou des tumeurs engendrées dans les membranes, s'opposent au libre passage du sang, et produisent l'hydropisie dans les parties situées vers les extrémités des veines où se rencontrent de semblables obstacles. Mais la cause qui interrompt le plus fréquemment le mouvement du sang dans les veines, est la compression qu'elles éprouvent par des tumeurs situées dans leur voisinage, etc. » Ainsi Cullen, comme Van Swieten, formule d'une manière claire et évidente la théorie des hydropisies par obstacle au cours du sang veineux, de celles qui sont dues à un embarras qui aurait son siége au cœur ou dans les gros vaisseaux, comme de celles qui se rapportent à l'oblitération de veines particulières. Et ni Van Swieten ni Cullen ne se flattent d'être les inventeurs de cette théorie, car ils ne font que développer une doctrine qui était admise dans la science depuis les expériences de Lower.

Parmi les auteurs du dix-huitième siècle, l'un de ceux qui ont le plus contribué à corroborer cette doctrine, est sans contredit l'illustre Morgagni qui a apporté dans ses investigations anatomiques une observation si exacte et si judicieuse. Sa trente-huitième lettre contient plusieurs observations d'hydropisies dépendant ou d'affections organiques du cœur, ou de lésions du foie obstruant la veine-porte. Mais en outre il

reconnaît, et il prouve plus par des faits que certaines hydropisies sont dues à un obstacle au cours de la lymphe, ou à la rupture des vaisseaux qui charrient ce liquide. Il consacre aussi une partie de cette lettre à l'histoire des hydropisies enkystées.

Il est à remarquer que malgré tant d'éléments de conviction et tant de faits positifs en faveur de la doctrine des hydropisies par obstacle au cours du sang veineux, développée dans tant d'auteurs si recommandables, il est à remarquer, disons-nous, que malgré ces autorités, cette doctrine est tombée en désuétude déjà vers la fin du dix-huitième siècle. Les travaux de Cruisksand et de Hunter sur les vaisseaux lymphatiques et ceux plus récents de Soemmering et de Mascagni contribuèrent pour beaucoup à ce revirement inconcevable d'opinions. Cette révolution fut telle qu'à une époque encore très rapprochée de nous, on plaçait dans les vaisseaux lymphatiques les propriétés d'absorption à l'exclusion des veines, et l'on ne se doutait même pas que celles-ci pussent être des agents absorbants ; aussi, d'après cette théorie, les vaisseaux lymphatiques seuls devaient concourir à la formation des hydropisies.

Telle fut l'opinion enseignée par le professeur Pinel, et qui régnait généralement dans les écoles à cette époque. Les recherches de Bichat, sa création plus ingénieuse que vraie des vaisseaux particuliers d'exhalation et d'absorption, commencèrent à déshériter le système lymphatique : mais ce furent surtout les belles expériences de M. Magendie qui rappelèrent l'attention sur l'importance des veines dans les phénomènes d'absorption. Dans une série d'habiles expérimentations, ce savant physiologiste démontra que les veines étaient des agents puissants de cette fonction, que leur faculté absorbante augmentait ou diminuait dans certaines circonstances ; qu'elle

augmentait si on diminuait la quantité de liquide contenu dans les vaisseaux sanguins, qu'elle diminuait au contraire et pouvait même être nulle si on injectait une certaine quantité d'eau dans les veines de manière à les distendre jusqu'à leur complète réplétion. On sait que Hales avait longtemps auparavant produit des hydropisies en injectant de l'eau dans les veines. Des expériences de M. Magendie à la théorie des hydropisies par obstacle au cours du sang veineux il n'y a qu'un pas. Le principe est posé, il ne s'agit plus que d'en tirer la conséquence. Aussi en 1823. M. Bouillaud, dans un Mémoire publié dans les *Archives*, a démontré dans une suite d'observations que l'oblitération des veines peut produire l'hydropisie et en est une cause fréquente; que l'oblitération des veines particulières produit des hydropisies partielles au dessous de l'obstacle existant; que l'oblitération de la veine-porte est la cause la plus ordinaire de l'ascite; et enfin, que les maladies du cœur ou des gros vaisseaux qui gênent la circulation à son point de départ, produisent des hydropisies générales, l'anasarque, ou des hydropisies partielles. Chacun de ces points est développé dans son travail : comme on le voit, ce sont les mêmes propositions que celles qui sont développées dans Van Swieten et Cullen; elles eurent néanmoins tout l'attrait de la nouveauté, puisqu'on avait alors laissé tomber dans l'oubli la doctrine déduite des expériences de Lower; mais, comme on le voit, si M. Bouillaud n'a pas eu le mérite de découvrir, il a eu celui de remettre en lumière un point de pathologie si important, et de fournir à la science des documents précieux qui ont enfin fixé les opinions sur la pathogénie de certaines hydropisies. M. Reynaud, dans un Mémoire publié dans le *Journal hebdomadaire*, est venu confirmer par de nouveaux faits le résultat des observations de M. Bouillaud. Il démontre que

l'oblitération complète ou même incomplète de la veine-porte est une cause d'ascite. Il établit en outre ce qu'il avait déjà démontré dans un travail antérieur, publié dans le même Recueil, que, lorsqu'un obstacle existe dans une veine particulière, la circulation tend à se rétablir par les veines collatérales ou anastomotiques qui peuvent alors prendre un volume considérable, suivant l'importance de la circulation qu'elles doivent suppléer ; et qui peuvent être dans quelques cas un signe d'une grande valeur pour le diagnostic différentiel de certaines hydropisies. Le Mémoire de M. Tonnellé, sur les maladies des sinus de la dure-mère, contient aussi quelques faits qui consacrent les principes posés dans le travail de M. Bouillaud.

Avant de terminer cet historique déjà bien long, mais que nous n'avons pu rendre plus courts, nous ne ferons que mentionner quelques travaux modernes qu'on consultera toujours avec utilité, lorsqu'on se livrera à l'étude de l'hydropisie. Telles sont les *Recherches de Bacher*, l'article *Hydropisie* du *Dictionnaire des sciences médicales*, par M. Itard; le même article de M. Rayer dans le *Dictionnaire* en vingt-un vol. ; une thèse de M. Breschet sur les hydropisies actives, etc.

Causes.—Est-il besoin de démontrer aujourd'hui que l'hydropisie ne saurait être considérée comme une maladie simple, particulière, ayant une nature et des symptômes propres, et se montrant seulement avec des variétés de siége et d'intensité? Non, assurément : déjà depuis longtemps on avait remarqué dans les hydropisies des différences fondamentales dans leurs causes et leur nature : ainsi Lazare Rivière et d'autres auteurs avec lui distinguèrent déjà les hydropisies en chaudes et en froides, et, suivant ces différences, conseillaient des méthodes diverses de traitement. Dans l'état actuel de la science, il ne faut voir dans l'hydropisie qu'un symptôme qui peut se

rattacher à un grand nombre d'états pathologiques différents. Ce n'est point une individualité morbide ; c'est dans le principe une simple lésion fonctionnelle, c'est un accroissement de sécrétion séreuse que des conditions anatomiques et physiologiques très différentes peuvent produire. Mais, nous dira-t-on, vous rejetez donc les hydropisies essentielles. Et d'abord qu'entend-on par le mot essentiel ? Pour nous, nous pensons qu'avec cette expression on n'a fait jusqu'ici qu'embrouiller beaucoup de questions, et nous voudrions la voir rayer du langage *médical*.

En effet par maladie essentielle, entend-on une maladie ayant son essence en elle-même ! mais c'est un non sens ; ce serait alors une entité, un effet sans cause. Pour les anciens eux-mêmes, l'essentialité dans les maladies n'était qu'une inconnue à trouver. Ainsi l'hydropisie n'est pour nous qu'une lésion fonctionnelle, un état morbide secondaire qui a pour cause, ici une inflammation, là une irritation sécrétoire, ailleurs un obstacle au cours du sang. C'est du reste ce qui va ressortir de l'étude des causes que nous abordons.

D'après les considérations qui précèdent, on comprend que nous diviserons les causes de l'hydropisie en plusieurs groupes dont chacun constituera en quelque sorte un genre particulier de cette affection.

1° Dans un premier groupe nous rangerons les hydropisies qui sont produites par l'inflammation. Ce sont surtout les inflammations des membranes séreuses qui donnent lieu aux épanchements de sérosité. C'est que ces membranes ont en général une grande surface, toujours lubrifiée par l'exhalation normale, qu'en outre elles forment des cavités sans ouverture, et qu'aussitôt qu'il y a accroissement d'exhalation, il s'y fait une accumulation de liquide. Par la même raison,

l'inflammation produit aussi des collections séreuses dans les membranes synoviales. Nul doute que les phlegmasies ne produisent à la surface des membranes muqueuses une sécrétion plus abondante de sérosité que dans l'état physiologique: mais ces membranes forment des cavités qui ont des ouvertures naturelles, et alors les liquides surabondamment sécrétés peuvent s'écouler, comme cela s'observe dans certaines dysenteries, dans certains flux de ventre, etc. Quelquefois néanmoins il peut y avoir occlusion de l'orifice d'une cavité muqueuse, et celle-ci peut devenir alors le siége d'une hydropisie; comme on l'a observé quelquefois dans l'utérus, et même le tube digestif ou l'estomac. Mais l'inflammation des membranes muqueuses produit assez fréquemment des infiltrations séreuses dans le tissu cellulaire sous muqueux. C'est ce qui s'observe dans l'œdème de la glotte, et dans certains boursouflements œdémateux de la membrane muqueuse intestinale, à la suite d'inflammation aiguë ou chronique de cette membrane. A la peau l'irritation inflammatoire détermine aussi des sécrétions séreuses anormales, de véritables hydropisies qui même ont servi de types à quelques auteurs pour expliquer la formation des collections aqueuses. C'est ainsi qu'on voit ces sécrétions s'établir à la suite des brûlures au deuxième degré, ou par suite de l'application d'emplâtres vésicants, ou bien encore dans certaines phlegmasies bulleuses de la peau comme le pemphigus, le zona. On observe également que dans quelques circonstances l'inflammation de la peau amène des infiltrations séreuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi qu'on le voit dans certains érysipèles. Les inflammations gangréneuses de cet organe s'accompagnent souvent aussi d'œdème partiel.

Si l'on en croit Laennec, les épanchements séreux se font dès le début des inflammations des membranes séreuses. Nous

ne partageons pas cette opinion; car dans les cas de péritonites suraiguës qui surviennent à la suite de perforation intestinale, et qui amènent la mort au bout de quelques heures, on ne trouve alors encore aucun liquide épanché. Il en est de même dans les méningites suraiguës qui se terminent rapidement, et c'est dans les phlegmasies chroniques de ces membranes qu'on voit survenir les épanchements les plus considérables. Avons-nous besoin d'ajouter que les hydropisies dépendantes de cet ordre de causes, sont les hydropisies dites chaudes ou actives par *excellence*?

2° A côté des hydropisies produites par l'inflammation, nous rangerons celles qui ont pour cause une irritation sécrétoire, ou si l'on veut une surexcitation. Celle-ci peut se produire de diverses manières. Elle peut être directe, c'est à dire agir immédiatement sur le point où la sécrétion se fait; ou bien elle peut être indirecte, et alors elle n'a qu'une action médiate ou secondaire. Parmi les causes de surexcitation sécrétoire nous rangerons la pléthore sanguine locale, ou générale, qui amène la turgescence des vaisseaux sanguins, et qui ainsi provoque une incitation aux sécrétions. Cullen et d'autres auteurs ont beaucoup insisté sur cette espèce de causes, et lui ont donné une grande importance dans la production des épanchements séreux. La plénitude des vaisseaux sanguins est aussi une cause d'hydropisie par incitation directe. Nous avons cité déjà les expériences de Hales qui produisait des hydropisies en injectant de l'eau dans les veines. M. Magendie obtint le même résultat en remplissant ainsi les *artères*, et il démontra dans cette expérience qu'on augmentait de la sorte l'exhalation, et qu'on diminuait en même temps, ou qu'on suspendait même l'absorption, d'où il résulte une double cause d'hydropisie. N'est-ce pas en donnant lieu à une plénitude exagérée du sys-

tème sanguin qu'on a vu quelquefois des boissons prises en grande quantité produire l'hydropisie? cela nous parait probable : c'est donc encore là une cause par incitation sécrétoire. Les intempérances de régime, et surtout l'abus des boissons alcooliques, n'agissent-elles pas de la même manière, et aussi en imprimant une suractivité à la circulation du sang? La surexcitation nerveuse par des affections morales vives, ou par toute autre circonstance, peut-elle déterminer des hydropisies? Lobstein le pensait, mais il attachait à cette étiologie une trop grande importance. Il est vrai néanmoins que les émotions morales ont une grande influence sur la sécrétion urinaire et sur d'autres sécrétions, et il ne répugne nullement d'admettre qu'elles peuvent être une cause d'hydropisie par incitation de sécrétion. La réfrigération extérieure ou intérieure, et surtout l'action du froid humide, en diminuant l'activité sécrétoire sur un point, et en portant une surexcitation plus ou moins vive sur d'autres, en vertu de la loi de balancement ou d'équilibration des fonctions, peuvent produire de la sorte des hydropisies. La suppression des lochies, des menstrues, d'un flux hémorrhoïdal et d'une sécrétion quelconque, ou le déplacement d'un état morbide, doivent agir de la même manière, et rentrent dans le même ordre de causes. Enfin les fièvres éruptives se compliquent très souvent d'hydropisies, et peuvent être rangées parmi les causes par incitation sécrétoire. Car, soit que l'hydropisie apparaisse pendant le cours de l'éruption, et lorsque celle-ci vient à disparaître, et c'est alors un déplacement d'état morbide, soit qu'elle survienne après l'éruption, lorsque la peau est encore néanmoins le siége d'une suractivité sécrétoire, il y a toujours corrélation de cause et d'effet entre la suppression du travail phlegmasique qui avait lieu à la peau, et le développement de l'hydropisie. C'est surtout dans la scar-

latine, et principalement pendant la période de desquamation, qu'on voit cette complication survenir, et elle est même tellement fréquente que Vieusseux la considère comme un symptôme ordinaire de la maladie, et pense que c'est une exception quand elle manque. Il y a évidemment de l'exagération dans cette manière de voir. Toutefois les hydropisies qui se manifestent dans le cours des exanthèmes fébriles, ont en général une marche très aiguë, et ont une grande tendance à se déplacer. Dans un certain nombre de ces hydropisies, M. Rayer a observé les urines albumineuses : ces cas rentrent alors dans l'ordre des épanchements séreux par altération spéciale des reins. Nous traiterons plus loin de cet ordre de causes.

3° Notre troisième groupe de causes comprendra tous les obstacles au cours du sang veineux, et de toutes les causes d'hydropisies, ce sont, sans contredit, les plus fréquentes. Nous avons vu plus haut, en faisant l'historique de cette maladie, qu'il n'y avait plus aucun doute aujourd'hui sur le rôle que jouent les veines dans les phénomènes d'absorption ; nous avons vu que, puisqu'elles sont les agents principaux de cette fonction, tout obstacle qui tendait à empêcher le cours du sang veineux devait occasionner la distension des veines obstruées, la cessation de l'absorption par ces vaisseaux, et, par suite, donner lieu à l'hydropisie. Ces faits sont aujourd'hui acquis définitivement à la science, et ne peuvent plus être contestés. Si l'obstacle se trouve dans une veine particulière, l'épanchement séreux est borné à la partie qui est au dessous de l'obstacle. Ainsi l'oblitération des veines iliaques par la compression de l'utérus pendant la gestation ou par toute autre cause, produira l'œdème des membres inférieurs : l'oblitération de la veine-porte donnera lieu à l'ascite, ainsi que le

prouvent les observations de MM. Bouillaud et Reynaud, et nous avons vu que la compression de la veine-cave supérieure, dans l'observation citée par Van Swieten, pouvait produire en même temps une hydrocéphale et une hydrothorax. Il a été observé récemment, dans le service de M. Cruveilhier, un cas d'hydrothorax double, produite par l'oblitération de la veine azygos. Si, au contraire, l'obstacle au cours du sang veineux a son siége vers l'organe central de la circulation, la circulation générale est empêchée, et l'hydropisie qui en résulte, d'abord locale, devient ensuite générale, en suivant ordinairement une marche ascendante ou centripète. C'est ainsi qu'on voit les affections organiques du cœur, l'hypertrophie, l'insuffisance des valvules, des tumeurs anévrysmales, déterminer très fréquemment des hydropisies, et ce sont là les causes les plus ordinaires de ces maladies.

On sait d'ailleurs que l'oblitération des veines a souvent pour cause la formation d'un caillot fibrineux dans leur cavité, et que ces concrétions sanguines sont dans un grand nombre de cas le résultat d'une phlébite. La phlébite peut donc être considérée comme une cause d'hydropisie. D'autres fois ce sont des tumeurs qui compriment les veines et qui déterminent ainsi l'obstacle au cours du sang : telles sont les tumeurs du foie, de l'estomac, du pancréas, de la matrice, etc., et qui sont ainsi causes de l'hydropisie.

Nous avons vu déjà que M. Reynaud avait observé que dans les cas d'oblitération d'une veine, comme la veine-porte, la sous-clavière, les iliaques, la circulation tendait à se rétablir par des veines collatérales anastomotiques, et que celles-ci, pour suppléer la veine oblitérée, pouvaient prendre un volume considérable. C'est ainsi que, dans les cas d'oblitération de la veine-porte qu'il cite dans son Mémoire, il a soin de no-

ter la distension des veines de la paroi abdominale. C'est par l'établissement d'une circulation supplémentaire anastomotique qu'on peut expliquer la disparition de certains épanchements causés par l'oblitération d'une veine, lors même que l'obstacle persiste.

L'engorgement douloureux et œdémateux des membres inférieurs qui survient chez les femmes en couche, et connu sous le nom de *phlegmatia alba dolens*, doit-il être rapporté exclusivement, comme le pensent quelques auteurs, à l'inflammation des veines de la cuisse et du bassin? Nous pensons que cette inflammation en est la cause principale et la plus ordinaire; mais, pour nous, la phlegmatia alba dolens est une affection complexe dans laquelle on rencontre à la vérité le plus souvent une inflammation des veines, mais dans laquelle aussi les lymphatiques peuvent être plus ou moins affectés, sans parler d'autres altérations qui peuvent encore y participer.

4° Nous allons parler ici d'un ordre de causes rares, à la vérité, mais qui méritent néanmoins de fixer l'attention des pathologistes; nous voulons parler des oblitérations des artères. Nul doute, pour nous, que ces oblitérations ne puissent amener des hydropisies; nous avons eu occasion d'en observer trois cas que nous allons rapporter sommairement. Dans le service de M. Dupuytren, en 1827, un homme, âgé de cinquante ans, est affecté d'œdème du membre pelvien du côté droit, avec refroidissement de ce membre, sensation douloureuse, surtout vers la région iliaque : quelques plaques érysipélateuses parurent sur la jambe et le pied. Après quelques jours, cet œdème disparut, et le membre sembla revenir à son état ordinaire, mais, en même temps, la cuisse et la jambe du côté gauche s'infiltrèrent. Des douleurs se firent sentir dans

tout le membre; des plaques érysipélateuses se montrèrent, et, plus tard, des eschares gangréneuses.

A l'autopsie, on trouva, du côté droit, l'artère iliaque externe oblitéré par un caillot fibrineux très dur et très adhérent : la veine crurale libre ainsi que ses divisions ; la circulation s'était donc rétablie de ce côté par les anastomoses. Du côté gauche, toute l'artère crurale, la poplitée, les tibiales, dans une certaine étendue, étaient oblitérées par du sang coagulé. Ici, la circulation n'avait pas pu se rétablir, et aussi la gangrène ne tarda pas à survenir.

En 1829, nous observâmes, dans les salles de l'infirmerie de la Salpétrière, une femme, âgée de cinquante-sept ans, qui fut prise d'un œdème considérable du membre pelvien gauche, avec refroidissement de ce membre et sentiment douloureux. Des plaques rouges et violacées ne tardèrent pas à paraître vers le genou et sur la jambe et le pied ; ces taches prirent ensuite une teinte brunâtre et gangréneuse.

A l'autopsie, nous trouvâmes une inflammation des artères crurale, poplitées, tibiales antérieure et postérieure, avec oblitération. — Mais, nous trouvâmes aussi les veines accompagnant ces artères oblitérées. — Néanmoins, nous pensons que l'altération des artères avait été ici primitive, et la cause de l'hydropisie.

Chez une autre femme, âgée de soixante-deux ans, et que nous observâmes dans le même hôpital, et chez laquelle il y avait un œdème considérable des membres inférieurs, sans rougeur ni plaques gangréneuses, nous trouvâmes les artères crurales oblitérées à peu près dans leur moitié supérieure, sans trace d'inflammation dans ces vaisseaux.

Ces faits démontrent, d'une manière évidente, que l'oblitération des artères peut être cause de l'hydropisie. On peut

expliquer de différentes manières comment un obstacle au cours de sang artériel peut amener des épanchements séreux. D'abord, on sait que les pulsations des artères, par le mouvement qu'elles impriment, aident beaucoup à la progression du sang dans les veines ; dans celles surtout qui sont adossées aux vaisseaux artériels, et l'on comprend alors que la cessation de ces mouvements, par l'oblitération de ces vaisseaux, puisse contribuer à la production de l'hydropisie. — Mais, d'ailleurs, l'oblitération artérielle empêche le sang réparateur d'arriver aux parties où il doit entretenir la vie, d'où résulte une atonie, une faiblesse extrême de ces parties, et par suite l'infiltration séreuse. — Cet ordre de causes, par l'explication que nous venons de donner, pourrait jusqu'à un certain point être rapporté au précédent.

Ce point de pathologie sera d'ailleurs bientôt élucidé, car nous savons que l'un de nos compétiteurs, notre ami M. Legroux, doit prochainement publier un travail sur cet important sujet.

5° S'il est vrai que les vaisseaux lymphatiques concourent avec les veines aux fonctions d'absorption, il faut admettre en théorie que l'obstruction de ces vaisseaux peut produire l'hydropisie. Mais il faut rabattre de beaucoup l'importance que quelques auteurs leur ont donnée dans la production de cette maladie. Néanmoins, si l'on est tombé dans une grave erreur en rapportant toutes les hydropisies aux altérations du système lymphatique, on se tromperait aussi si on leur refusait toute participation dans cette étiologie. Et en effet, ce que la théorie nous dit d'admettre, nous paraît démontré par les faits. Ainsi Morgagni (*Loc. cit.*) rapporte plusieurs exemples d'hydropisie dans lesquels il signale particulièrement la distension des vaisseaux lymphatiques : il cite aussi une ob-

servation empruntée à Scherbius, d'hydropisie occasionnée par un calcul arrêté dans le canal thoracique. Bassius a vu une hydropisie de poitrine due à une rupture du même canal. (*Loc. cit.*) Van Swiéten rapporte, d'après Morton, un cas de même maladie qui avait pour cause la compression de ce conduit. Les auteurs renferment beaucoup d'autres exemples de ce genre. Néanmoins nous pensons que ce point de pathologie a besoin encore d'être élucidé, et la science appelle des faits plus détaillés et par conséquent plus concluants. Nous n'ignorons pas qu'on peut faire beaucoup d'objections sur la part que les vaisseaux lymphatiques peuvent avoir dans la production de l'hydropisie : ainsi nous savons que M. Dupuytren, dans ses expériences sur le canal thoracique, n'a jamais vu se produire d'hydropisie après avoir lié ce canal. Nous savons encore que dans l'observation citée par Laënnec, d'une tumeur anévrysmale de l'aorte comprimant ce canal, il n'y avait pas d'épanchements séreux; et que dans un grand nombre d'engorgements ganglionnaires de l'aine ou de l'aisselle, il n'en survient pas : mais des faits négatifs ne détruisent pas des faits positifs; et de ce qu'un effet n'est pas constant, ou même est rare, conclura-t-on qu'il ne peut pas se produire? Nous ne le pensons pas.

6° Nous avons vu que les auteurs anciens ont indiqué d'une manière vague, il est vrai, que les reins, par leurs affections, pouvaient devenir une cause de l'hydropisie. Van-Helmont surtout se fait remarquer en plaçant dans ces organes le siége de toutes les hydropisies; et il se rit de Galien et de ses disciples, qui le plaçaient dans le foie. M. Rayer rapporte, dans son *Traité des maladies des reins*, une observation de Schenck, curieuse pour l'époque où elle a été recueillie; elle relate un cas d'hydropisie, dans lequel on a trouvé une altération pro-

fonde des reins, qu'on ne peut rapporter qu'à l'affection connue et décrite récemment sous le nom de néphrite albumineuse. Mais il y a loin de ces données aux faits positifs que la science possède aujourd'hui sur ce genre d'affection. C'est au docteur Bright qu'on doit d'avoir décrit le premier, en 1825, une altération spéciale des reins, qu'il désigne sous le nom d'affection granuleuse, et qui a pour symptômes principaux la présence de l'albumine dans l'urine, en même temps que l'absence de l'urée; la diminution des sels que ce liquide contient, ce qui diminue sa densité; en outre, la présence de l'urée dans le sang, et la diminution de la densité de ce fluide, proportionnée à la quantité d'albumine contenue dans l'urine; et enfin, dans la très grande majorité des cas, l'hydropisie. MM. Grégory et Christison confirmèrent, par de nouvelles observations, les faits avancés par le docteur Bright. Et depuis quelques années, des travaux importants ont été publiés en France sur ce sujet, par MM. Martin Solon, Rayer, Sabatier, Desir, Tissot et Constant.

C'est donc un fait hors de doute aujourd'hui, que certaines hydropisies dépendent d'une altération particulière des reins. Quelle est cettealtération? quelle est sa nature? M. Rayer croit qu'elle est inflammatoire; aussi il l'a décrit sous le nom de néphrite albumineuse, et en reconnaît deux formes, une aiguë et une chronique, néanmoins les opinions sont encore partagées à cet égard, mais ce n'est pas le lieu ici d'entrer dans cette discussion, cette altération se présente sous différents aspects, à ses divers degrés de développement. Bright en décrit trois formes; M. Martin Solon en décrit cinq, et M. Rayer six. Nous allons les indiquer sommairement.

1°. Les reins sont plus volumineux et pèsent beaucoup plus que dans l'état normal : leur tissu est plus mou et plus hu-

mide, il est hyperhémié. La substance corticale est d'un rouge foncé.

2°. Comme dans la précédente les reins sont volumineux et hyperhémiés, leurs scissures sont plus apparentes, et leurs lobes plus saillants; leur aspect offre des marbrures rouges qui tranchent sur un fond d'un jaune blanchâtre : lorsqu'on les incise, la substance corticale présente une pâleur qui contraste avec la couleur foncée des cônes tubuleux.

3°. Dans cette forme les reins conservent l'augmentation de leur volume et de leur poids; mais ils ne sont plus hyperhémiés; ils sont au contraire anémiques.

4°. Les circonvolutions extérieures des reins sont plus tranchées; comme dans la forme précédente ces organes sont volumineux et anémiques, seulement leur couleur pâle a un ton plus mat. A leur surface on remarque de petites taches laiteuses de la grandeur d'une tête d'épingle; elles sont arrondies, disséminées; elles ne font aucune saillie; elles sont voilées par une lame très mince, et elles offrent un aspect différent suivant la profondeur à laquelle elles sont situées. C'est à ces taches que Bright a donné improprement le nom de granulations.

5° Dans cette forme les reins sont jaunes, anémiques, et ont leurs scissures très prononcées, mais ce qui les distingue surtout suivant M. Rayer, c'est un aspect particulier que leur donnent de petits points demi-transparents qui se remarquent sous la membrane propre de ces organes. Ceux-ci apparaissent alors, dit M. Rayer, comme s'ils étaient parsemés de grains de semoule.

6° Enfin dans une sixième forme les reins n'ont guère que leur volume ordinaire, quelquefois même ils sont plus petits, et sont durs et mamelonnées à leur surface; ils n'of-

frent que peu de granulations de Bright à l'extérieur; mais on en trouve toujours dans la coupe lorsqu'on les divise.

Tels sont les divers aspects sous lesquels se présente cette affection des reins. Maintenant, comment produit-elle l'hydropisie? Est-ce en apportant un obstacle au cours du sang dans le tissu grandulaire des reins? Mais rien ne prouve que la circulation soit ralentie ou suspendue dans ces organes ainsi affectés. Est-ce en diminuant la sécrétion urinaire? Mais dans un assez grand nombre de cas, cette sécrétion ne paraît nullement diminuée. Ou bien enfin est-ce en altérant le sang? C'est ce qu'il est impossible de dire dans l'état actuel de la science. Toutefois il ne faut pas perdre de vue que dans la maladie de Bright il y a coïncidence de quatre faits principaux, 1° une altération particulière des reins; 2° la présence de l'albumine dans l'urine; 3° l'altération du sang, 4° l'hydropisie. Il s'agit maintenant de trouver leurs rapports de cause et d'effets. C'est ce que la science attend encore de nouvelles recherches.

Nous avons rapproché à dessein la cirrhose de l'affection de Bright dans l'étude des causes des hydropisies. Bien que ces deux affections occupent des organes différents, nous verrons qu'elles ont quelque analogie entre elles; et cette raison nous a suffi pour les ranger dans le même groupe. L'altération du foie que Laënnec a décrite le premier sous le nom de cirrhose, était inconnue des auteurs anciens; ou du moins ils la confondaient avec d'autres altérations de cet organe. Nous avons lu néanmoins, dans Morgagni, l'histoire d'une femme morte hydropique, et chez laquelle il trouva le foie petit, dur, ratatiné, et dont le tissu offrait une couleur jaune. C'était là évidemment, l'affection dont nous voulons parler ici. Dans cette lésion le foie est en effet petit, ratatiné: son tissu

est dur et crie sous le scalpel; Laënnec l'a comparé pour l'aspect à du cuir neuf. Il est d'un jaune plus ou moins foncé, et quelquefois nuancé de rouge. La lame du bistouri en le coupant trouve une certaine résistance et ne se graisse pas : il se déchire néanmoins avec assez de facilité et offre alors un aspect granulé, état qu'on désigne sous le nom de foie granuleux. Le plus ordinairement aussi la vésicule biliaire est diminuée de volume, et on la trouve remplie d'une humeur visqueuse qui n'a ni l'aspect ni les qualités de la bile, et qui est assez souvent semblable à du blanc d'œuf pour la consistance comme pour la couleur : le symptôme principal de cette affection est l'ascite. Nous demanderons encore ici quelle est cette altération? quelle est sa nature? Laënnec pensait que c'était un tissu nouveau accidentel, qui se développait dans les interstices du parenchyme du foie, et qui constituait les granulations jaunes dont nous avons parlé. M. le docteur Boulland, le premier, combattit l'opinion de Laënnec, et reconnaissant deux substances dans le foie, une substance rouge et une substance blanche, il attribuait la cirrhose à la dissolution de ces deux substances, et à leur dégénérescence, d'où il résultait l'atrophie des glandules sécréteurs, et par suite une diminution dans la circulation de la veine-porte, et formation de l'ascite. M. Andral, comme M. Boulland, admet deux substances dans le foie, et considère la cirrhose comme une hypertrophie de la substance jaune aux dépens de la substance rouge qui est atrophiée. M. Cruveilhier n'admettant qu'une seule substance constituant de petits appareils sécréteurs isolés par une bride celluleuse, pense que dans cette affection il y a atrophie d'un certain nombre de ces glandules, et hypertrophie de celles qui restent. Comme on le voit, cette question est loin d'être résolue. Ce qu'il y a de certain, c'est que

la cirrhose produit l'ascite : mais comment la produit-elle? Beaucoup d'auteurs pensent que c'est en interceptant le cours du sang de la veine-porte. Nous en doutons encore; car on n'a pas noté que dans cette affection les veines mésaraïques fussent engorgées, comme on l'observe dans les cas d'oblitération de la veine-porte par une autre cause; et si les ramifications de cette veine sont diminuées dans leur calibre, c'est dans la proportion du ratatinement du foie, et rien ne prouve que la circulation y soit interceptée. Ou bien, est-ce en diminuant ou en altérant la sécrétion de la bile? Mais la bile, dans d'autres affections, est très souvent trouvée altérée soit dans ses qualités, soit dans sa quantité, sans qu'on voie survenir d'hydropisie. Enfin, y a-t-il altération du sang, et est-ce par cette altération que l'ascite se produit? Il faut le dire, aucune recherche n'a encore été faite sous ce point de vue, ce qui rend la solution de cette question maintenant impossible dans l'état actuel de la science. Toutefois nous ferons remarquer encore ici la coïncidence des faits principaux qui caractérisent la cirrhose : 1° altération spéciale, état granuleux du foie; 2° altération de la sécrétion bilieuse; 3° ascite. Ici aussi, il faut chercher les rapports de causes et d'effets de ces divers éléments de la maladie.

Nous avons énoncé plus haut qu'il existait une certaine analogie entre la cirrhose et la maladie de Bright; et, en effet, nous voyons que ces deux affections ont pour siége un organe sécréteur; que dans l'un de ces organes il y a émonction du sang artériel par l'urine; que dans l'autre il y a émonction du sang veineux par la bile; que ces deux affections consistent dans une altération spéciale qui n'est pas sans quelque ressemblance pour la couleur et pour l'aspect dans l'un et l'autre de ces viscères; que la cirrhose et la maladie de Bright produisent

l'hydropisie, et qu'elles s'accompagnent d'une altération notable dans le fluide sécrété par l'organe malade. Nous ne faisons maintenant que poser ces rapprochements : peut-être qu'un jour on pourra en déduire des conséquences utiles pour la science.

7° Notre septième groupe de causes comprendra toutes celles qui agissent sur la constitution en l'affaiblissant et en la détériorant, et les hydropisies produites par elles seront évidemment des hydropisies passives. Au premier rang de ces causes nous placerons : 1° l'anémie qui peut être produite par des saignées copieuses et trop répétées, ou bien par une mauvaise alimentation, ou encore par de longues souffrances, etc.; 2° la chlorose qui est aussi une anémie, mais produite par une perturbation dans l'innervation; 3° les diverses cachexies comme le cancer, les scrofules, le scorbut, les tubercules. Disons ici que les tubercules peuvent encore produire l'hydropisie d'une autre manière : c'est lorsqu'ils sont placés dans le voisinage d'une membrane séreuse ou à sa surface même; alors ils irritent cette membrane et y produisent fréquemment des épanchements inflammatoires, comme cela s'observe dans la méningite tuberculeuse, et dans certaines inflammations des plèvres. Mais ces épanchements rentrent évidemment dans le premier groupe que nous avons établi. Au nombre des causes qui peuvent produire des hydropisies passives, les auteurs ont mentionné le traitement mercuriel; certaines professions, comme celle de mineur, les passions tristes et particulièrement les fièvres intermittentes. En effet, on observe fréquemment ces fièvres compliquées d'hydropisies; mais c'est surtout lorsqu'elles ont déjà duré longtemps. Torti, Starck et le docteur Filasse en ont cité beaucoup d'exemples, et il n'est personne qui n'ait eu occasion d'en observer. Mais on ne s'est pas tou-

jours bien rendu compte de la manière dont elles agissaient dans la production de l'hydropisie. Est-ce en affaiblissant l'économie et en appauvrissant le sang par les déperditions d'innervation et de sécrétions qu'elles occasionnent? Nous sommes disposés à le croire ; ou bien, est-ce en déterminant des engorgements à la rate ou au foie, et en apportant ainsi un obstacle au cours du sang? nous ne saurions partager cet avis ; car on voit survenir des hydropisies sans engorgement de l'un ou de l'autre de ces viscères, et cet engorgement a souvent lieu sans hydropisie. Enfin, les fièvres intermittentes agissent-elles d'une manière spécifique, par leur nature même? c'est l'opinion de Starck et de M. Filasse, qui pensent que ces hydropisies cèdent toujours au quinquina, à cause de la spécificité de leur cause.

Nous n'avons pas sans doute énuméré toutes les causes qui produisent des hydropisies en affaiblissant la constitution : mais nous avons suffisamment indiqué la nature de ces causes, et l'ordre où il faudrait les placer. Une plus longue énumération n'offrirait plus aucun intérêt à notre sujet.

8° Dans ce huitième et dernier groupe nous classons toutes les hydropisies enkystées : et l'on pourrait au besoin faire rentrer dans cet ordre les kystes hydatiques assez volumineux pour simuler l'hydropisie. Mais comme ces kystes ont une pathogénie qui leur est propre, et qu'ils appartiennent d'ailleurs à la classe des entozoaires, nous nous abstiendrons d'en traiter ici.

On est loin encore d'être d'accord sur le mode de formation des hydropisies enkystées, et sur les causes qui les produisent. Morgagni pensait que ces sacs se développaient, lorsqu'un liquide venait à s'épancher dans une cellule, et que ce liquide, en augmentant de quantité, comprimant les parois

de cette cellule distendait le tissu environnant : qu'alors il se formait un kyste qui s'accroissait en refoulant les parties voisines et en s'appropriant les feuillets qui lui étaient contigus. D'après cette théorie, comme on le voit, les parties qui entraient dans la formation des parois du kyste, préexistaient à cette formation, dont le point de départ était un liquide épanché. Bichat a combattu cette théorie par les motifs suivants : « 1° Que les kystes ayant la plus grande analogie avec les membranes séreuses, doivent avoir la même origine que ces membranes, lesquelles ne se forment jamais par la compression du tissu cellulaire ; 2° qu'on ne peut accorder les fonctions exhalantes et absorbantes des kystes avec l'oblitération des vaisseaux qui doit être le résultat de leur pression dans l'origine mécanique qu'on donne de la formation du sac ; 3° qu'on ne voit ni diminuer ni disparaître le tissu cellulaire voisin, quand ces sacs sans ouvertures, formés de cellules collées et appliquées les unes contre les autres, acquièrent beaucoup de volume ; 4° qu'en établissant que les kystes se forment par la compression du tissu cellulaire, leurs fonctions sécrétoires ne pouvant être douteuses, il faut donc dire que le fluide préexiste à l'organe qui le sépare du sang, ce qui serait aussi difficile à penser que la préexistence de la salive à la parotide. » (*Anatomie générale.*) Bichat pense donc que ces kystes sont composés d'un tissu de nouvelle formation, que leur développement est analogue à celui de certaines tumeurs qui végètent dans diverses parties du corps ; et il les attribue à une sorte d'aberration de la nutrition. Nous admettons avec Bichat que lorsque le kyste est formé, celui-ci se développe, non aux dépens du tissu cellulaire voisin, dont les feuillets s'accoleraient aux parois du sac pour les doubler et les fortifier, mais en vertu d'une nutrition particulière ; et qu'ainsi se fait un tissu

de nouvelle formation. Mais, aussi, nous pensons que dans certaines circonstances l'hydropisie enkystée a pour premier rudiment une cavité et un tissu préexistants; que c'est ainsi qu'on voit se développer des hydropisies dans les vésicules ovariques; et qu'on peut jusqu'à un certain point admettre ce mode de formation dans les aréoles du tissu cellulaire. Dans un cas d'hydropisie ascite avec anasarque, M. Cruveilhier a vu les vésicules du tissu adipeux former de petits kystes renfermant de la sérosité. Il n'est pas rare non plus d'observer la formation d'un kyste succéder à l'épanchement d'un liquide, et ayant pour cause cet épanchement : c'est ce qu'on observe souvent dans les foyers apoplectiques du cerveau. On a pu en quelque sorte suivre de l'œil la formation des kystes qui succèdent à la résorption du caillot sanguin; à mesure que celui-ci est résorbé, une certaine quantité de sérosité s'épanche et baigne la portion de sang qui reste; et lorsque celui-ci a entièrement disparu, une membrane de nouvelle formation s'est développée et contient la sérosité qui remplace le caillot. Ce qui se passe ici peut également se produire ailleurs. M. Breschet, dans son *Mémoire sur les Agénésies cérébrales* (Archives 1831), a fait la remarque judicieuse que lorsqu'il y avait arrêt de développement d'une portion d'encéphale sans que la boîte cranienne y ait participé, la portion absente du cerveau ou du cervelet était alors remplacée par de la sérosité, et qu'un semblable épanchement était la conséquence nécessaire du développement excessif de la cavité cranienne. Ainsi, d'après cette remarque, la sérosité est nécessaire pour remplir les vides que certaines circonstances peuvent produire dans l'économie. Ceci nous conduit à nous demander si les kystes hydropiques s'accroissent, parce qu'une certaine quantité de liquide nouvellement sécrété s'ajoute à celui qui existait déjà ; ou bien si

les parois du kyste se développent suivant les lois ordinaires de nutrition, et tendant ainsi, par leur ampliation, à faire un vide dans sa cavité, appellent de la sorte une nouvelle quantité de liquide qui les remplit toujours exactement. — Comme on le voit, cette dernière hypothèse conduirait à une nouvelle théorie sur la pathogénie des hydropisies enkystées.

L'histoire des causes déterminantes de ces hydropisies laisse beaucoup à désirer. Les auteurs en ont indiqué un grand nombre, mais sans discernement et sans s'attacher à rechercher leur degré d'importance. Ainsi pour les hydropisies de l'ovaire, on a indiqué comme causes les excès vénériens et l'abstinence, la stérilité et les accouchements répétés, la suppression des règles, les inflammations de l'utérus et de ses dépendances, les accouchements laborieux, les hémorrhagies utérines, etc. On a également signalé comme causes des hydropisies enkystées en général, les coups, les chutes, toutes les violences extérieures exercées sur une partie, l'inflammation, la présence d'un corps étranger. Comme on le voit, cette énumération offre un mélange dont on ne saurait tirer aucune conséquence utile pour la science. Pour terminer l'histoire des causes de l'hydropisie, nous dirons que MM. Darwal et Abercrombie signalent certaines altérations des bronches et des poumons comme pouvant donner lieu aux épanchements séreux. Mais les faits qu'ils citent manquent de détails anatomiques précis, et n'ont d'ailleurs pas encore été confirmés par de nouvelles observations. Les éléments nous manquent donc pour parler de cette nouvelle forme d'hydropisie.

Par ce qui précède, on voit que nous admettons jusqu'à présent huit ordres ou types de l'hydropisie ; 1° des hydropisies par inflammation ; 2° des hydropisies par irritation sécrétoire ; 3° par obstacle au cours du sang veineux ; 4° par

obstacle au cours du sang artériel ; 5° par obstacle au cours de la lymphe; 6° par altération spéciale des reins et du foie; 7° des hydropisies passives ou par atonie, par appauvrissement du sang et de la constitution; 8° des hydropisies enkystées.

Siége des hydropisies. — Le siége le plus ordinaire de l'hydropisie est le tissu cellulaire sous-cutané, et, dans certaines parties, ce tissu y est plus exposé que dans d'autres; ainsi, celui des membres inférieurs, des malléoles surtout, est le plus fréquemment affecté. Cela tient sans doute à ce qu'il occupe les parties les plus déclives du corps; vient ensuite celui du scrotum, des membres supérieurs, de la face et des paupières principalement; et enfin celui du cou et du tronc. Le tissu cellulaire qui sépare les muscles s'infiltre aussi très fréquemment.

On voit assez rarement l'hydropisie siéger dans le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-séreux (1). Néanmoins, Morgagni rapporte plusieurs cas d'hydropisies auxquelles il assigne pour siége le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qu'il appelle pour cette raison hydropisies du péritoine. Mais il serait difficile de dire, d'après les observations qu'il mentionne, si l'eau était réellement épanchée sous le péritoine avec décollement de cette membrane, ou bien si l'on n'a pas pris des collections de sérosité formées dans la cavité péritonéale et retenues contre la paroi abdominale par des fausses membranes; nous serions porté à le croire d'après quelques unes de ces observations. Ou bien encore étaient-ce des kystes développés dans l'épaisseur des parois de l'abdomen?

Après le tissu cellulaire, les membranes séreuses sont le plus fréquemment le siége de l'hydropisie; et parmi celles-ci, les

(1) Nous en exceptons toutefois la pie-mère qui est sousjacente à l'arachnoïde, et qui est très fréquemment le siége de l'hydropisie.

plèvres et le péritoine sont le plus souvent affectés : viennent ensuite le péricarde, l'arachnoïde cérébrale, la tunique vaginale et l'arachnoïde rachidienne.

Les membranes synoviales sont plus rarement atteintes d'hydropisie; celle-ci alors prend le nom d'hydrarthrose.

Il est très rare d'observer des hydropisies dans l'intérieur des membranes muqueuses, et nous en avons déjà dit la raison : c'est parce que les fluides qu'elles sécrètent trouvent une issue au dehors par les orifices naturels de ces membranes. Cela arrive néanmoins lorsque ces ouvertures viennent à s'oblitérer comme on l'a observé quelquefois dans la matrice ou dans les canaux sécréteurs de la salive, de la bile ou de l'urine.

Certains viscères peuvent s'infiltrer de sérosité : comme les poumons, par exemple, et cette affection a été décrite par Laënnec sous le nom d'œdème pulmonaire. Le cerveau est aussi quelquefois le siége d'infiltration séreuse. Cette maladie a été décrite il y a quelques années par M. Etoc qui y a rattaché l'idiotie. Mais on n'a pas encore d'exemples d'hydropisies de la substance du foie, de la rate, des reins, du pancréas, de la prostate, en un mot des organes qui offrent une certaine identité dans leur contexture.

Lésions anatomiques. Ce que nous avons dit à l'occasion des causes, nous dispense d'entrer ici dans beaucoup de détails : car nous n'avons pas à faire la description des diverses altérations qui peuvent produire l'hydropisie; nous devons exposer seulement les caractères communs à tous ces épanchements de sérosité. Ce qu'on observe dans toutes les hydropisies, c'est l'accumulation d'une certaine quantité de fluide séreux. Lorsqu'il est épanché dans une cavité, il la distend et écarte les feuillets de la membrane séreuse qui la tapisse, et

qui dans l'état normal sont en contact. La surface interne de cette membrane peut présenter diverses altérations, comme des granulations, ou des fausses membranes, des concrétions albumineuses. Mais ces lésions sont le résultat de l'inflammation qui le plus souvent a précédé ou accompagné l'hydropisie. Dans les hydropisies qui ont duré longtemps, la membrane séreuse est ordinairement pâle, et paraît comme macérée : les organes contenus dans la cavité où s'est fait l'épanchement, sont refoulés et comprimés; et peuvent subir quelquefois une réduction extrême dans leur volume. Ce qui a fait penser à des observateurs superficiels, que dans quelques cas ils avaient disparu. Lorsque le liquide est épanché dans le tissu cellulaire, il écarte ses mailles, et le pénètre partout; il distend la peau plus ou moins, et celle-ci suivant le degré de l'épanchement devient luisante, s'amincit, et est presque demi-transparente. Quelquefois l'eau pénètre dans ses aréoles, détache ses fibres, et vient transsuder à sa surface. Les cellules du tissu infiltré sont agrandies; leurs parois sont quelquefois déchirées, et elles sont plus denses et plus épaisses que dans l'état normal.

Le liquide épanché se présente sous des aspects très différents. Dans les hydropisies inflammatoires, il est ordinairement lactescent, trouble, mêlé à du pus, et tenant en suspension des fausses membranes, ou des concrétions albumineuses, etc. Mais le plus ordinairement on le trouve limpide, jaunâtre, de couleur citrine, quelquefois transparente comme de l'eau; d'autres fois rougeâtre, troublé par du sang ou d'autres matières. C'est surtout dans les hydropisies enkystées qu'on observe des variétés nombreuses dans la couleur de ce liquide. Lorsque la tumeur est multiloculaire, il varie quelquefois dans chaque loge; c'est ainsi que dans un cas de double ponction,

nous avons obtenu par la première une eau claire, transparente; par la seconde, il est sorti un liquide filant, épais, de la consistance du blanc d'œuf, et noirâtre. Quelquefois il est bourbeux, et il peut contenir diverses matières morbides en suspension. Sa quantité ne varie pas moins que sa couleur. Elle peut s'élever depuis quelques onces jusqu'à des quantités vraiment énormes. C'est dans l'ascite surtout qu'on observe ces vastes collections. Mead, dans un cas d'ascite, a retiré 60 livres d'eau; et chez un autre malade, il a obtenu 1920 livres de liquide en six ans sept mois. Le docteur Bluff parle d'un individu affecté d'hydropisie enkystée, et chez lequel on a retiré en quelques années 5 à 6,000 livres de sérosité. Au surplus, nous le répétons, rien n'est plus variable que ces quantités. Elles sont relatives au siége, à la durée de la maladie, et à sa nature.

Le fluide hydropique, considéré sous le rapport chimique, a la plus grande analogie avec le sérum du sang; il est composé principalement d'eau, d'albumine, d'une manière animale que le docteur Marcet appelle muco-extractive, et de matières solides. La quantité d'albumine n'est pas la même dans toutes les hydropisies; elle est assez abondante dans l'ascite, l'hydrothorax, l'hydropéricarde, l'hydrocèle, pour que le phénomène de la coagulation se produise facilement; et dans le spina-bifida et l'hydrocéphale, elle y est à peine perceptible. Les sels qui se rencontrent dans le liquide épanché, sont surtout l'hydrochlorate de soude et de potasse, du sulfate de potasse, de soude, des phosphates de chaux, de fer et de magnésie. Voici les proportions de ces matières, données par le docteur Marcet. Cent grains de matières solides paraissent formés de soixante-douze grains d'hydrochlorate de soude mêlés d'un peu d'hydrochlorate de potasse, de dix-huit ou

vingt grains de soude passés à l'état de sous-carbonate, et d'un mélange de huit à dix grains de sulfate de potasse, de phosphate de chaux, de phosphate de fer, et de phosphate de magnésie. Ces proportions d'ailleurs ne varient guère.

Il n'en est pas de même de la pesanteur spécifique. Elle n'est presque jamais la même; elle varie d'un jour à l'autre chez le même individu. Il serait intéressant de rechercher la cause de ces variations.

Nous donnons ici la table que le docteur Marcet a publiée pour montrer les proportions des matières animales, et des sels dans différents liquides hydropiques et dans le sérum du sang :

	pesant. spécif.	Total des part. salin. grains.	Quant. des mat. anim. grains.	Quant. des mat. salin. grains.
Fluide du spina-bifida ..	1067	14,4	2,2	9,2
Hydrocéphale.	1006,7	9,2	1,12	8,08
Ascite	1015	33,5	25,1	8,4
Hydrothorax..........	1012,1	26,6	18,8	7,8
Hydropéricarde........	1014,3	33	25,5	7,5
Hydrocèle.............	1026,3	80	71,5	8,5
Sérum du sang........	1029,5	100	90,8	9,2

Beaucoup de recherches restent encore à faire, pour compléter l'histoire anatomique des hydropisies. C'est surtout à déterminer les altérations des liquides, du sang principalement, qu'on devra s'appliquer, et peut-être pourra-t-on éclaircir ainsi bien des points qui restent encore obscurs.

Symptômes. Puisque l'hydropisie n'est point une maladie particulière; puisqu'elle est au contraire un symptôme, une lésion fonctionnelle que diverses conditions morbides peuvent produire, on ne saurait tracer sa marche et sa symptômato-

logie d'une manière générale, sans tomber dans une extrême confusion. Et en effet cette maladie devra varier suivant la cause qui la produit. On ne trouve qu'un seul caractère qui soit commun à toutes les hydropisies ; c'est l'hydropisie elle-même, c'est l'épanchement de sérosité : mais cet épanchement produit des phénomènes locaux différents suivant le siége qu'il occupe; il se révèle d'ailleurs le plus ordinairement par l'intumescence de la partie qui en est affectée. L'intumescence est donc le symptôme le plus ordinaire et le plus général de l'hydropisie : quant aux lésions fonctionnelles de la circulation, de calorification, de nutrition, des sécrétions, etc., que l'hydropisie peut offrir dans son cours, elles sont subordonnées à la nature et aux causes de cette maladie. Nous suivrons donc dans l'exposition des symptômes l'ordre que nous avons adopté pour l'étiologie, mais nous ne pourrons que les exposer sommairement.

1° Dans la première forme les hydropisies sont éminemment actives, pyrétiques; elles suivent d'ailleurs la marche de l'inflammation qui les produit. Quelquefois néanmoins elles persistent et semblent même s'accroître lorsque les signes d'inflammation ont disparu. L'épanchement n'occupe ordinairement qu'une cavité séreuse. Il est néanmoins quelquefois multiple. Il a une durée indéterminée.

2° Dans la seconde forme, l'hydropisie a aussi les caractères de l'activité; elle se développe ordinairement brusquement, rapidement, comme nous l'avons vu, sous l'influence d'un refroidissement, ou dans le cours d'une fièvre éruptive, etc. lle peut s'accompagner de fièvre, de chaleur à la peau, et dans la plupart des cas le pouls conserve sa plénitude, et les forces du malade sont maintenues. D'ailleurs ces hydropisies sont en général multiples, ou si elles n'occupent qu'une cavité, elles ont

la plus grande tendance à se déplacer ou à s'étendre : c'est ainsi qu'on voit dans quelques cas une hydrothorax disparaître tout à coup, et des symptômes de compression du cerveau se manifester en même temps : c'est qu'une hydrocéphale a succédé à l'hydrothorax. Il n'y a du reste rien de fixe dans leur durée; on les voit quelquefois disparaitre après quelques jours : d'autres fois elles persistent pendant plus ou moins longtemps, et elles peuvent alors amener l'amaigrissement, la fièvre hectique, et la mort.

3° L'hydropisie produite par un obstacle au cours du sang veineux, est de toutes peut-être la plus fréquente, celle surtout qui survient à la suite des lésions organiques du cœur. Elle se développe en général lentement, graduellement; à moins qu'elle n'accompagne l'inflammation d'une veine; elle se manifeste alors en même temps que l'oblitération qui succède à l'inflammation. L'hydropisie dans cette forme est locale et bornée à un membre ou à une cavité, lorsque l'obstacle au cours du sang existe dans une veine particulière : c'est ainsi que la cuisse, la jambe et le pied d'un seul côté sont infiltrés, lorsque la veine iliaque externe de ce côté est oblitérée. L'oblitération de la veine porte donne lieu à l'ascite; celle de la veine azygos à l'hydrothorax; celle de la veine cave supérieure à l'infiltration du cou, de la face, et de toute la tête. Mais si l'obstacle est au cœur, l'hydropisie commence ordinairement par les membres inférieurs, s'élève peu à peu, envahit les cavités séreuses et devient générale.

On comprend que les hydropisies de cette classe doivent être persistantes comme la cause qui les produit; à moins qu'une circulation supplémentaire ne s'établisse par des voies collatérales; mais cette terminaison est impossible lorsque l'obstacle siége au cœur ou à la partie supérieure de la veine

cave descendante. Toutefois ces hydropisies sont loin d'être toujours passives, comme le veut M. Bouillaud. Chez un grand nombre de malades, atteints d'hydropisies de cette nature, on observe la force et la plénitude du pouls; la nutrition s'accomplit comme dans l'état normal, et les malades conservent leurs forces; mais à la longue, cette maladie amène l'affaiblissement et le marasme.

4° L'hydropisie qui succède à l'oblitération des artères, se développe rapidement au moins dans les cas que nous avons observés; et elle est limitée à la partie qui est située au dessous de l'oblitération. Elle n'offre d'ailleurs rien de particulier, nous avons vu seulement qu'elle s'accompagnait d'un sentiment douloureux dans le membre qui en était le siége, du refroidissement de ce membre, et de l'apparition sur la peau de taches d'abord érysipélateuses, qui deviennent ensuite noirâtres, grangréneuses.

5° Les hydropisies par obstacle au cours de la lymphe, n'ont pas fourni encore d'observations assez complètes pour qu'on puisse leur assigner des caractères particuliers. Les cas que nous avons rapportés d'après Morgagni, laissent beaucoup à désirer, et n'ont rien offert de remarquable dans leur symptômatologie.

6° Dans l'hydropisie par altération spéciale des reins, il y a un symptôme en quelque sorte pathognomonique; c'est la présence de l'albumine en grande quantité dans l'urine, coïncidant avec la disparition de l'acide urique de ce liquide et la diminution de sa densité d'une part, et avec la présence de l'urée dans le sang, en même temps que sa densité diminue. L'hydropisie dans cette affection se développe ordinairement lentement et par degré; elle commence le plus souvent par l'œdème, la bouffissure de la face; d'autres fois par l'infiltra-

tion des membres inférieurs, et elle va en s'étendant aux autres parties. Elle est quelquefois longtemps précédée par la présence de l'albumine dans l'urine. Bien que M. Rayer ait admis une forme aiguë et une forme chronique dans l'affection qui la produit; néanmoins on doit la considérer comme ayant le plus ordinairement une marche lente et chronique.

L'hydropisie dans la cyrrhose a toujours son siége dans le péritoine ; mais à une période avancée, elle peut se compliquer de l'infiltration des extrémités inférieures, et même d'anasarque : néanmoins il faut remarquer qu'elle débute toujours par l'ascite. Ce symptôme lui est commun, du reste, avec l'hydropisie qui reconnaît pour cause l'oblitération de la veine porte ; et c'est pourquoi quelques auteurs ont pensé que l'étiologie de ces deux formes d'hydropisie était la même, et que dans l'un et l'autre cas il y avait obstacle au cours du sang. Nous avons déjà fait remarquer que ce point était encore douteux, et pour cette raison nous avons conservé à l'hydropisie produite par la cyrrhose son caractère de spécificité. Elle n'offre d'ailleurs rien de remarquable ; elle peut s'accompagner d'un sentiment douloureux vers l'hypochondre droit, et si on assiste à son début, on peut observer par la palpation et par la percussion que le foie a perdu de son volume ordinaire. Elle suit une marche chronique, et elle amène infailliblement l'affaiblissement, l'état hectique et la mort.

7° Les hydropisies de la septième forme comprennent toutes celles qui tiennent à un état de faiblesse de la constitution, à une atonie générale, ou à un appauvrissement du sang : ce sont donc des hydropisies éminemment passives; et c'est pourquoi les auteurs anciens leur attribuaient une nature froide. Elles débutent le plus communément par la bouffissure du visage, ou par l'infiltration des malléoles; elles sont lentes et chroniques dans

leur marche ; elles s'accompagnent ordinairement d'une pâleur inaccoutumée de la face et de toute la surface cutanée. Elles progressent peu à peu des extrémités vers les centres, et alors presque toutes les cavités se remplissent ou contiennent de la sérosité. Il existe, à cette époque de la maladie, une véritable cachexie séreuse : l'eau pleut de tous côtés et partout. La débilité des malades est extrême ; le pouls est petit, filiforme ; l'hydropisie peut acquérir un degré considérable ; il y a ordinairement inappétence ; les urines sont rares et foncées, et souvent on observe une diarrhée opiniâtre, qui fatigue les malades, sans diminuer la quantité de sérosité épanchée ; la peau est sèche, et un petit mouvement fébrile se montre surtout le soir. Du degré le moins avancé de la maladie à cet état extrême, il y a des nuances infinies qu'on peut observer dans les différents cas. Ces hydropisies peuvent suivre une marche inverse à celle que nous venons de décrire, lorsque par la nature de leurs causes elles sont susceptibles de guérisons, et quand on leur oppose un traitement approprié. C'est ainsi qu'on voit guérir et disparaître des épanchements séreux abondants et graves, dus à des fièvres intermittentes, à la chlorose, au scorbut, à des déperditions sanguines, etc. ; mais si elles dépendent d'une affection organique incurable, comme le cancer, elles marchent inévitablement à une terminaison fatale.

8° Il nous reste à parler des symptômes qu'on observe dans les hydropisies enkystées. On sait que ces poches séreuses se développent le plus communément dans la cavité abdominale ; et qu'elles ont ordinairement leur point de départ dans les ovaires, les trompes, ou les ligaments larges : il peut néanmoins s'en développer sur d'autres parties ; mais c'est l'exception. C'est donc une affection qui ne s'observe guère

que chez la femme : et c'est surtout depuis l'âge de trente à cinquante ans, que celle-ci y est particulièrement exposée. Cette maladie débute ordinairement très lentement et s'annonce quelquefois par une douleur sourde ou des tiraillements vers l'un ou l'autre des ovaires, et la malade éprouve en même temps un sentiment de pesanteur dans le bassin, surtout lorsqu'elle est debout : quelquefois elle est précédée par des dérangements de la menstruation ; d'autres fois, au contraire, par des pertes inaccoutumées : et dans d'autres circonstances, les malades ne ressentent aucune indisposition, et l'affection ne se révèle à elles, que lorsque déjà une tumeur considérable s'est développée : celle-ci est quelquefois unie, régulièrement globuleuse ; d'autres fois, elle est inégale, bosselée, dure, rénitente : elle est ordinairement indolente. Le plus souvent elle est inclinée dans l'une ou l'autre fosse iliaque ; assez souvent elle est mobile, pédiculée, et peut facilement se déplacer suivant la position qu'on fait tenir à la malade. D'autres fois, mais plus rarement, elle est adhérente aux parties voisines, et l'on ne peut que lui imprimer des mouvements de latéralité.

A cette période déjà, la tumeur peut exercer une certaine compression sur les nerfs du bassin, et donner lieu à de vives douleurs qui se font sentir dans cette région et qui se prolongent quelquefois sur le trajet du nerf sciatique, ou du nerf crural, quelquefois il y a en même temps compression de l'une ou l'autre des veines iliaques, et alors production d'œdème partiel dans le membre du côté affecté. A mesure que cette poche se développe, elle devient plus apparente à l'extérieur. Alors si elle est bosselée, inégale, ses inégalités se dessinent à travers le paroi abdominale et on peut les apercevoir à l'œil : si, au contraire, elle se développe régulièrement elle prend la forme de la cavité abdominale ; et, à une certaine

époque de son accroissement, elle simule une grossesse de 7 à 8 mois : enfin, à une période plus avancée, elle remplit toute la cavité abdominale, distend les parois outre mesure; et offre, pour la forme, les caractères de l'hydropisie ascite. Alors elle comprime tous les organes environnants; refoule les intestins sur les côtés, élève l'estomac et le colon transverse vers le diaphragme, comprime celui-ci et amène ainsi de la dyspnée, et quelquefois des palpitations et des syncopes. La compression s'exerce aussi à cette période, à plus forte raison, sur les nerfs et les vaisseaux pelviens. Le temps que de semblables tumeurs mettent à se développer ne saurait être déterminé : quelquefois plusieurs mois seulement, d'autres fois un grand nombre d'années; elles peuvent rester longtemps stationnaires lorsqu'elles ont atteint un certain volume; et plus tard on les voit prendre un nouvel accroissement. Il faut qu'elles aient déjà un volume assez considérable pour qu'on puisse y percevoir la fluctuation. Quand on percute ces tumeurs, elles offrent partout de la matité, et sur leurs côtés on trouve la sonoréité donnée par les intestins qu'elles ont ainsi déplacés. Ce symptôme est très important pour le diagnostic différentiel de cette affection. Ainsi nous voyons que dans ces hydropisies, au début, il existe ou il n'existe pas de symptômes locaux, que souvent la maladie ne se révèle que par la présence d'une tumeur, que les malades peuvent jouir pendant longtemps, dans cette affection, de tous les attributs de la santé, à part la gêne qu'occasionne le poids du kyste; mais que lorsque l'hydropisie est parvenue à un degré avancé, elle produit des phénomènes de compression, et qu'elle amène à la longue tous les symptômes généraux des hydropisies chroniques du ventre, c'est à dire l'amaigrissement, la fièvre hectique et la mort.

Cette maladie peut avoir d'autres terminaisons. On a vu dans des cas rares le liquide épanché se résorber, et le kyste s'atrophier. C'est la terminaison la plus heureuse. D'autres fois la tumeur crève avec un bruit particulier, et le liquide s'épanche dans le péritoine et peut y déterminer une péritonite mortelle; on a vu dans quelques cas de semblable rupture, le liquide se résorber et la guérison avoir lieu; ou bien encore la tumeur contracte des adhérences avec le vagin, l'utérus, ou l'intestin; une perforation a lieu, et le liquide s'épanche par les selles, ou par l'orifice vaginal. Dans ce cas la guérison peut encore arriver; mais il est plus ordinaire de voir l'hydropisie se reproduire. L'ouverture du sac peut également se faire par la paroi abdominale, par l'estomac ou par la vessie, etc. Nous n'insisterons pas davantage sur ces divers détails.

Diagnostic. — Dans le diagnostic d'une hydropisie on doit se proposer : 1° de reconnaître qu'il existe un épanchement séreux ; 2° de reconnaître sa cause et sa nature. Or, il ne peut s'agir ici de rechercher les signes à l'aide desquels on peut reconnaître un épanchement du ventre, des plèvres, du péricarde ou de toute autre cavité. Car ce serait entrer dans l'histoire des hydropisies particulières, et nous devons faire l'histoire de l'hydropisie en général. Nous devons donc nous borner à indiquer les signes au moyen desquels on pourra distinguer les divers genres d'hydropisies par l'appréciation de leurs causes et de leur nature.

1° Il est difficile dans la généralité des cas de confondre les hydropisies qui ont pour cause une inflammation, avec d'autres variétés d'épanchements; car les circonstances qui ont accompagné leur formation sont ordinairement caractéristiques. La préexistence d'une inflammation dans une membrane séreuse

leur donne une physionomie tranchée, en général facile à reconnaître.

2° Les hydropisies du deuxième groupe ont aussi des caractères assez dessinés pour qu'il soit facile de les reconnaître dans la majorité des cas. Elles ont ordinairement une marche aiguë; elles débutent souvent brusquement; le pouls a de la force et de la plénitude : elles apparaissent comme elles disparaissent, facilement, et elles sont sujettes à changer de siége. Et si d'un autre côté on a égard à l'état général du malade, à la connaissance de la cause occasionnelle, il sera difficile de méconnaître leur véritable nature, et de ne pas les distinguer de celle des autres groupes. Elles se rapprochent, il est vrai, des hydropisies inflammatoires, mais elles en diffèrent par l'absence de tout symptôme d'inflammation, car elles ne donnent lieu dans leurs différents siéges qu'à des phénomènes de compression.

3° Si les hydropisies se lient à une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux, il sera ordinairement facile de reconnaître leur nature et leur cause; mais il n'en est pas de même dans quelques cas d'hydropisies partielles qui dépendent de l'oblitération d'un vaisseau particulier. Ainsi, il serait difficile de reconnaître la nature d'une hydrothorax qui dépendrait, comme dans le cas observé par M. Cruveilhier, de l'oblitération de la veine azygos. On reconnaitrait également difficilement une hydrocéphale qui serait due à l'oblitération des jugulaires ou de la veine-cave supérieure, car l'infiltration de la face ne serait certainement pas un signe suffisant pour établir un semblable diagnostic. Il serait au contraire facile de reconnaître la nature d'épanchements partiels des membres, lorsqu'ils y seraient limités et persistants, et surtout s'ils succédaient à des symptômes de phlébite. Cette circonstance

seule d'un épanchement limité à une membrane doit faire supposer qu'il est dû à l'oblitération de la veine principale de ce membre. Dans les cas d'ascite, la distension des veines sous-cutanées abdominales est un signe important pour faire reconnaître la nature et le caractère de cette hydropisie. Ces veines ne se développent ainsi que lorsqu'il y a un obstacle dans la veine-cave ou dans la veine-porte. Mais, quand il y a oblitération dans la veine-cave, l'hydropisie commence par les membres inférieurs. Dans ses cas d'oblitération de la veine-porte, l'ascite seule existe au début. Il est d'ailleurs difficile de distinguer celle qui a pour cause l'oblitération de la veine-porte de celle qui est due à la cirrhose. Néanmoins, quelques circonstances qui ont pu se montrer au début, comme la diminution du volume du foie; et, plus tard, une altération profonde dans l'économie de l'individu affecté, un teint pâle, une plus grande faiblesse, seront des signes qui pourront faire présumer l'existence de la cirrhose.

4° Dans les cas d'oblitération des artères, le refroidissement du membre malade, l'apparition de plaques rouges violacées, sur la peau et ensuite de taches gangréneuses, feront facilement distinguer les infiltrations séreuses qui pourront alors survenir de celles qui sont dues à l'oblitération des veines. Dans une circonstance néanmoins nous avons vu ces signes manquer; et dans un cas semblable l'erreur serait facile.

5° Dans l'état actuel de la science on ne peut guère assigner de signes propres aux hydropisies que des obstacles au cours de la lymphe pourraient occasionner, et nous ne connaissons aucun auteur qui en ait indiqué de caractéristiques.

6° Si dans une hydropisie on trouve les urines albumineuses; si ce liquide est privé d'urée, s'il a perdu de sa densité; et si en même temps le sang contient moins d'albumine, et qu'il

renferme de l'urée, à ces signes il faut reconnaître que l'hydropisie est due à la maladie de Bright. Comme on le voit, l'altération de l'urine et du sang est ici un signe pathognomonique. Il est donc bien important de rechercher les altérations de ces fluides lorsqu'on a à traiter des individus affectés d'hydropisie.

Ce que nous avons dit plus haut des caractères qui peuvent servir à faire reconnaître la nature de l'ascite, nous dispense de mentionner ici les signes qui peuvent faire distinguer l'hydropisie symptômatique de la cirrhose.

7° C'est d'après l'état général du malade, et par la connaissance des causes occasionnelles qu'on pourra déterminer la nature et les caractères de l'hydropisie passive. La faiblesse générale, la pâleur insolite de la peau, la petitesse du pouls, etc., seront en général les signes qui serviront à en établir le diagnostic.

8° Nous ne reviendrons pas sur les symptômes des hydropisies enkystés pour chercher à les différencier des autres espèces : l'existence d'un kyste, d'une tumeur dont on a pu suivre le développement, et les signes qui d'ailleurs caractérisent ces hydropisies, ne permettront dans aucun cas de les confondre avec aucun autre genre d'épanchements séreux.

Pronostic. — Après les développements dans lesquels nous sommes entrés à l'occasion des causes surtout, et des symptômes des hydropisies, nous pouvons nous dispenser d'entrer dans beaucoup de détails en parlant du pronostic de ces maladies. Il se déduit tout naturellement de ce que nous avons déjà exposé. Nous dirons d'une manière générale que l'hydropisie qui a pour cause une lésion organique persistante, de nature incurable, est toujours grave et mortelle; tandis que

celle qui n'est due qu'à une lésion fonctionnelle guérit le plus ordinairement.

Les hydropisies des deux premiers groupes sont les moins graves de toutes ; et leur gravité d'ailleurs est subordonnée à leur intensité, et au siége qu'elles peuvent occuper.

Le pronostic des hydropisies du troisième groupe varie beaucoup. Il est toujours fâcheux, lorsque l'hydropisie est sous la dépendance d'une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux ; mais dans les cas d'oblitération des veines particulières, la guérison peut avoir lieu si une circulation supplémentaire se rétablit.

Dans les cas d'oblitération artérielle, le pronostic est très fâcheux, car l'épanchement de sérosité est symptômatique d'une lésion qui en privant une partie du sang artériel, y produit le plus souvent des accidents graves et mortels.

L'hydropisie symptômatique de la maladie de Bright a toujours de la gravité; néanmoins elle est moins grave dans la première période de la maladie, tandis que dans une période avancée elle est presque toujours mortelle.

Dans les hydropisies passives, il faut distinguer pour le pronostic, celles qui sont dues à des causes passagères, accidentelles, comme celles produites par la chlorose, par des pertes abondantes de sang, ou par des fièvres intermittentes, de celles qui sont le résultat d'une affection chronique ancienne de l'estomac, ou du foie, d'un cancer, etc. Dans le premier cas, la maladie guérit par un traitement approprié; dans le second, elle est incurable. Toutes choses égales d'ailleurs, les hydropisies passives sont plus graves que les hydropisies actives.

Quant au pronostic des hydropisies enkystées, il est extrêmement variable, ce qui dépend de beaucoup de circonstances différentes. Ainsi, si le kyste est dur, bosselé, inégal, si ses pa-

rois sont cancéreuses, la maladie fera de rapides progrès, et ne tardera même pas à amener des accidents mortels : que si, au contraire, le kyste est séreux sans dégénérescence, il peut rester très longtemps sans apporter aucun dérangement dans la santé générale de la malade. En général l'hydropisie enkystée sera d'autant plus grave qu'elle sera plus développée.

Nous allons maintenant aborder l'étude du traitement de l'hydropisie.

Traitement.—Nous ne pouvons ici que poser quelques règles générales de thérapeutique; car si nous voulions entrer dans les détails que comporterait l'histoire du traitement de chacune des formes d'hydropisie que nous avons admises, nous serions entraîné trop loin, sans utilité d'ailleurs pour notre sujet, et nous serions exposé à de nombreuses répétitions. On peut, au reste, en faisant abstraction de la lésion qui peut être cause de l'hydropisie, et en n'ayant égard qu'aux conditions générales de l'économie, dans lesquelles se manifestent les épanchements séreux, les rapporter à deux formes principales sous le point de vue du traitement : c'est la division déjà depuis longtemps établie, et qui distingue les hydropisies en actives et en passives. Dans les premières, il y a suractivité fonctionnelle; il y a strictum, du ton, de la force dans l'économie; dans quelques unes même, il y a état fébrile, plénitude du pouls, chaleur à la peau, etc. Dans les secondes, au contraire, il y a affaiblissement général, laxum, atonie et débilité dans toute l'économie; le sang est appauvri. Dans les unes, il faudra combattre la suractivité fonctionnelle; dans les autres, il faut, au contraire, relever les forces épuisées ; en un mot, les unes réclament l'emploi des débilitants, des antiphlogistiques ; les autres seront traitées par les toniques. Mais n'oublions pas que des hydropisies, qui sont actives à leur de-

but, peuvent ensuite revêtir les caractères de la passivité ; et quelquefois, mais plus rarement, on voit des hydropisies passives, sous l'influence de diverses circonstances, prendre un certain degré d'activité.

La saignée, soit générale, soit locale, convient surtout au traitement des hydropisies de nos deux premiers groupes ; et, dans des cas de cette nature, nous avons vu plusieurs fois de vastes épanchements disparaître sous l'influence d'abondantes saignées.

Dans les embarras que la circulation éprouve, soit au cœur, soit dans les gros vaisseaux, la saignée est souvent un moyen précieux, bien qu'il ne soit que palliatif. Par son influence, fréquemment on diminue notablement la quantité d'eau épanchée, quelquefois même l'hydropisie disparaît momentanément.

La plupart des praticiens qui ont eu occasion de traiter des individus affectés de la maladie de Bright, et M. Rayer en particulier, recommandent l'emploi de la saignée au début de cette affection. MM. Martin Solon et Rayer, à l'aide de ce traitement, ont obtenu d'assez nombreuses guérisons.

Les médecins anglais ont conseillé comme succédané des saignées dans le traitement des hydropisies actives, l'emploi du calomel uni à l'opium. Ce moyen paraît avoir réussi dans un grand nombre de cas.

Le traitement antiphlogistique des hydropisies comprend d'autres moyens, comme la diète plus ou moins rigoureuse, l'usage des boissons rafraîchissantes, ou légèrement laxatives, le repos, etc.

Lorsqu'au contraire on veut relever les forces des malades atteints d'hydropisie, on fait usage de médicaments toniques. Au premier rang de ces médicaments nous placerons le quin-

quina qui convient surtout lorsqu'il y a disposition à la gangrène, ou chez des individus scorbutiques, cachectiques. Néanmoins si l'estomac était irritable et sensible, il faudrait s'en abstenir. Les préparations ferrugineuses pourront être administrées avec beaucoup de succès chez les individus dont l'hydropisie tient à l'appauvrissement du sang; dans les cas d'anémie et de chlorose surtout. Dans ce dernier cas on pourra avec avantage joindre au fer la poudre de valériane. Les préparations ferrugineuses qui seront employées seront le vin chalybé, les oxides et le sous-carbonate de fer. On pourra également administrer des sucs amers, comme ceux de trèfle d'eau, de cresson; on prescrira des boissons amères, comme la décoction de lichen, de gentiane, de petite centaurée, etc.

Toujours dans le but de relever les forces, de rendre le ton aux organes, quelques praticiens ont recommandé des frictions sèches, ou volatiles camphrées, des fumigations aromatiques ou acétiques, etc. Le régime devra être analeptique fortifiant.

Outre ces deux indications générales, on se propose encore dans le traitement de l'hydropisie, de favoriser la résorption du liquide épanché, en provoquant des sécrétions abondantes par les selles, par l'urine, ou par la peau; ou bien encore de lui donner issue par une opération chirurgicale. Nousallons passer en revue rapidement ces diverses méthodes de traitement.

De tous les moyens de traitement employés contre l'hydropisie, il n'en est pas qui aient été plus préconisés que les purgatifs, et surtout les drastiques. Aussi, on en a fait souvent un fâcheux abus. Les substances purgatives qu'on emploie le plus habituellement sont la scammonée, la rhubarbe, le jalap, la gomme-gutte. On les donne seules ou combinées ensemble, ou associées à des diurétiques ou à des tempérants. On est

obligé de répéter souvent leur emploi pour en obtenir un résultat appréciable. Quelques médecins recommandent l'usage de l'huile de croton tiglium, à cause de son extrême énergie et de la facilité avec laquelle on l'administre. Mais, pour cela même, c'est un remède qu'on ne donnera qu'avec les plus grandes précautions. Boërhaave conseillait l'usage de l'écorce de sureau. C'est aussi un médicament très actif. Des purgatifs plus doux peuvent également être mis en usage; comme le tartrate acide de potasse, les tartrates de soude, de potasse, l'hydrochlorate de magnésie. Ces sels ont l'avantage d'agir en même temps sur la sécrétion intestinale et sur la sécrétion urinaire. On a aussi beaucoup vanté l'emploi des pilules de Bacher, composées, comme on sait, d'extrait d'hellébore noir et de myrrhe ; l'électuaire de Dover, composé de fer, de soufre, d'antimoine et de scammonée. Ces diverses préparations sont purgatives, et c'est en vertu de cette propriété qu'elles ont procuré dans quelques cas la guérison. Au surplus, quel que soit le purgatif dont on fasse usage, il faut en surveiller l'emploi, et s'en abstenir si les voies digestives sont sujettes à s'irriter.

Les diurétiques qu'on emploie le plus communément sont la scille, la digitale et le nitrate de potasse. Ces agents ont été fréquemment mis en usage avec avantage, et ont procuré, dans un grand nombre de cas, du soulagement et quelquefois même la guérison en provoquant un flux abondant d'urine.

Les sudorifiques ont un effet moins actif que les diurétiques et les purgatifs; aussi on les emploie plus rarement. Néanmoins on peut quelquefois provoquer d'une manière utile la transpiration cutanée par des boissons sudorifiques, et surtout par l'emploi de fumigations chaudes. L'opium, suivant M. Blackall, a une influence très heureuse comme agent thérapeutique dans l'hydropisie, et cet auteur pense qu'il peut agir

comme diaphorétique. La poudre de Dover est un remède très préconisé encore comme hydragogue.

Il faut le dire, les médecins en général se sont peu attachés à constater d'une manière exacte la valeur de ces divers agents de traitement ; et aussi on a peu fait pour la science en se bornant à énoncer que l'emploi de tel ou tel médicament a obtenu des succès : il faudrait pouvoir dire quand, comment et combien de fois.

Nous mentionnerons encore quelques substances qui ont été considérées comme pouvant agir spécifiquement ; comme la racine de caïnca, que le docteur François a le premier préconisée en France ; l'huile de cajeput, très vantée par les médecins de l'Inde. Enfin nous signalerons les heureux effets du quinquina, obtenus par divers praticiens dans le traitement des hydropisies qui surviennent dans le cours des fièvres intermittentes ; comme aussi l'emploi du mercure dans le traitement de celles qui peuvent être rapportées au vice syphilitique.

Nous dirons aussi que MM. Récamier et Bricheteau ont employé la compression avec avantage dans le traitement de certaines hydropisies.

Lorsque ces divers agents de traitement ont été insuffisants, et que l'hydropisie, faisant des proprès, menace le malade d'une fin prochaine, on conseille alors, s'il n'y a pas de contre indication, de donner issue au liquide épanché par une opération ; la paracentèse pour l'ascite, l'empième pour l'hydrothorax, et des scarifications pour la peau. Ces opérations ne sont pas toujours sans de graves dangers ; elles peuvent donner lieu à des inflammations suraiguës qui enlèvent les malades très promptement. Dans la majorité des cas elles ne procurent qu'un soulagement momentané; car l'hydropisie se reproduit le plus souvent, et rappelle toutes les angoisses et toutes les souf-

frances qui existaient avant l'opération. Dans quelques cas, néanmoins, la guérison a été la suite de cette évacuation opérée par l'art.

Quelques praticiens, encouragés par quelques faits, et surtout par le procédé à l'aide duquel on obtient la guérison de l'hydrocèle, ont conseillé un moyen analogue pour le traitement de l'ascite. Ce moyen consiste à irriter le péritoine avec l'instrument dont on se sert pour l'opération, ou en injectant une liqueur irritante. On conçoit tous les dangers d'un pareil traitement, et il faudrait des faits bien nombreux et bien authentiques pour en constater l'efficacité. On a conseillé aussi cette méthode dans les cas d'hydropisie enkystée : elle n'est pas moins à craindre dans ce cas que dans l'autre.

Nous terminerons en rappelant que dans le traitement de l'hydropisie il faut avoir égard surtout à sa cause, aux conditions organiques dans lesquelles cette maladie s'est développée, et approprier les moyens thérapeutiques qu'on lui oppose à toutes les variétés qu'elle peut offrir dans sa marche, son intensité et ses symptômes.